

D.C. : _____ N° de permis : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe ☐ M ☐ F ☐ X

Date de naissance : _____ Âge : _____ Âge corrigé (prématurité) : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Référé par : _____

INFORMATION SUR LA FAMILLE

Nom d'un parent : _____ Nom d'un parent : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (cellulaire) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Téléphone (travail) : _____ Téléphone (travail) : _____

Courriel : _____ Courriel : _____

Occupation : _____ Occupation : _____

De quelle façon est-ce préférable de vous rejoindre? ☐ Tél. résidence ☐ Tél. cellulaire ☐ Tél. travail ☐ Courriel

Autorisez-vous la clinique à communiquer avec vous par courriel? ☐ Oui ☐ Non

Autorisez-vous la clinique à laisser un message au numéro spécifié pour confirmer un rendez-vous? ☐ Oui ☐ Non

Titulaire de l'autorité parentale : ☐ Biparental ☐ Monoparental ☐ Garde partagée

Fratrie Âges : _____ Problèmes de santé connus : _____

MOTIF DE CONSULTATION ☐ En prévention ☐ Pour un problème en particulier

Motif principal : _____

Présent depuis? : _____ Comment est-ce survenu? : _____

Autres problèmes : _____

PRÉNATAL / HISTOIRE DE GROSSESSE

Problèmes de santé durant la grossesse (par trimestre) : _____

Examens et tests : _____

Position du bébé (dernier trimestre) : ☐ Tête en bas ☐ Siège ☐ Autre ou ne se rappelle pas _____

Médicaments prescrits : _____ Raison : _____

Médicaments sans ordonnances : _____ Raison : _____

Produits naturels et vitamines : _____

☐ Tabac ____ /jour ☐ Alcool ____ /semaine ☐ Drogue ____ /semaine

☐ Chutes ☐ Accidents ☐ Hospitalisation, motif : _____

☐ Autres : _____

NÉONATAL ET ACCOUCHEMENT

Durée de l'accouchement (des contractions régulières à la naissance)? _____ heures Durée de la poussée ? _____ heures / min.

Lieu ☐ Hôpital ☐ Maison de naissance ☐ À la maison ☐ Autre _____ ☐ Transfert

Vaginal : Présentation ☐ Tête ☐ Face ☐ En siège ☐ Postérieure (nez en haut) ☐ Autre _____

Césarienne ☐ Planifiée ☐ Non-planifiée _____

Médications ☐ Péridurale ☐ Pitocin ☐ Autres _____

Interventions ☐ Ventouse ☐ Forceps ☐ Épisiotomie ☐ Aspiration ☐ Réanimation ☐ Autre _____

☐ Dystocie des épaules ☐ Bosse sur la tête ☐ Marques (tête, visage, corps) où ? _____

☐ Fracture de la clavicule ☐ Autres _____

☐ Néonat. soins intensifs / hospitalisation Durée : _____ Motif : _____

Poids à la naissance : _____ g Taille : _____ cm Périmètre crânien : _____ cm APGAR : _____

HISTORIQUE DE SANTÉ

Nom du médecin : _____ Autres professionnels consultés : _____

Raisons et dates des consultations : _____ Dates des consultations : _____

Maladies depuis la naissance : _____ Médicaments : _____

Maladies dans la famille : _____ Chirurgie : _____

Accidents ou chutes : _____

À QUEL ÂGE VOTRE ENFANT A-T-IL? Veuillez répondre selon ce qui s'applique.

Tenir sa tête : _____ Déplacer autrement qu'à 4 pattes, spécifiez : _____

S'asseoir seul : _____ Se tenir debout : _____

Ramper : _____ Marcher seul : _____

Déplacer à quatre pattes : _____ Trébuche ou chute souvent? _____

CONSETEMENTS

Exactitude des renseignements

☐ Je certifie que les renseignements de santé fournis ici sont, à ma connaissance, exacts et complets concernant mon enfant.

Consentement à l'examen

☐ J'autorise par la présente le/la chiropraticien.ne à effectuer les examens qu'il/elle jugera nécessaires à l'ouverture du dossier de mon enfant.

Il est possible que certains patients ressentent des inconforts ou une légère aggravation des symptômes suite à l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

Nom du parent

Signature

Date